



คู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
เรื่อง

การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ



เทศบาลตำบลปลาไหล
อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร

คู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ เรื่อง การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

งานที่ให้บริการ	การลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	<u>ฝ่ายส่งเสริมและสวัสดิการสังคม กองสวัสดิการสังคม เทศบาลตำบลปลาไหล</u>

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ กำหนดให้ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปีให้คนพิการ ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ในปีงบประมาณถัดไป ณ ที่ทำการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ตนมีภูมิลำเนา หรือสถานที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

หลักเกณฑ์ผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ ต้องเป็นผู้มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๑. มีสัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ

ในการยื่นคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ คนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการจะต้องแสดงความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการโดยรับเงินสดด้วยตนเอง หรือโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี

ในกรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบ คนเสมือนไร้ความสามารถหรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอแทนโดยแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว

วิธีการ

๑. คนพิการที่จะมีสิทธิรับเงินเบี้ยความพิการในปีงบประมาณถัดไป ให้คนพิการ หรือผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี ยื่นคำขอตามแบบพร้อมเอกสารหลักฐานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ สถานที่และภายในระยะเวลา ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประกาศกำหนด

๒. กรณีคนพิการที่ได้รับเงินเบี้ยความพิการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้ถือว่าเป็นผู้ได้ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเบี้ยความพิการตามระเบียบนี้แล้ว

๓. กรณีคนพิการที่มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการได้ย้ายที่อยู่ และยังประสงค์ประสงค์จะรับเงินเบี้ยความพิการต้องไปแจ้งต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใหม่ที่ตนย้ายไป

ขั้นตอน ระยะเวลา การให้บริการ

ที่	ประเภท ขั้นตอน	รายละเอียดของขั้นตอนการบริการ	ระยะเวลา ให้บริการ	หน่วย เวลา	ส่วนงาน / หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	หมายเหตุ
๑)	การตรวจสอบ เอกสาร	ผู้ที่ประสงค์จะขอรับเบี้ยความพิการใน ปีงบประมาณถัดไป หรือผู้รับมอบ อำนาจ ยื่นคำขอ พร้อมเอกสาร หลักฐาน และเจ้าหน้าที่ตรวจสอบคำ ร้องขอลงทะเบียน และเอกสาร หลักฐานประกอบ	๒๐	นาที	<u>กองสวัสดิการ สังคม</u>	(๑. ระยะเวลา : ๒๐ นาที (ระบุ ระยะเวลาที่ ให้บริการจริง) ๒. หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบคือ เทศบาล.....(ระบุ ชื่อ) / องค์การ บริหารส่วนตำบล(ระบุชื่อ) / เมือง พัทยา)
๒)	การพิจารณา	ออกใบรับลงทะเบียน ตามแบบยื่นคำ ลงทะเบียนให้ผู้ลงทะเบียน	๑๐	นาที	<u>กองสวัสดิการ สังคม</u>	(๑. ระยะเวลา : ๑๐ นาที (ระบุ ระยะเวลาที่ ให้บริการจริง) ๒. หน่วยงาน ผู้รับผิดชอบคือ เทศบาล.....(ระบุ ชื่อ) / องค์การ บริหารส่วนตำบล(ระบุชื่อ) / เมือง พัทยา)

รวมระยะเวลา ๓๐ นาที

รายการเอกสารหลักฐานประกอบการยื่นคำขอ

เอกสารยืนยันตัวตนที่ออกโดยหน่วยงานภาครัฐ

ที่	รายการเอกสารยืนยันตัวตน	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
๑)	บัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วย การส่งเสริมการคุณภาพชีวิตคนพิการพร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	-
๒)	ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา	-	๑	๑	ชุด	-
๓)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีและผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)	-	๑	๑	ชุด	-
๔)	บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายพร้อมสำเนาของผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี (กรณียื่นคำขอแทน)	-	๑	๑	ชุด	-
๕)	สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนาของผู้ดูแลคนพิการ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล แล้วแต่กรณี (กรณีที่คนพิการเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีผู้แทนโดยชอบ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือคนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล แล้วแต่กรณีการยื่นคำขอแทนต้องแสดงหลักฐานการเป็นผู้แทนดังกล่าว)	-	๑	๑	ชุด	-

เอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม

ที่	รายการเอกสารยื่นเพิ่มเติม	หน่วยงานภาครัฐผู้ออกเอกสาร	จำนวนเอกสารฉบับจริง	จำนวนเอกสารสำเนา	หน่วยนับเอกสาร	หมายเหตุ
ไม่มีเอกสารอื่น ๆ สำหรับยื่นเพิ่มเติม						

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
ฝ่ายส่งเสริมและสวัสดิการสังคม งานสังคมสงเคราะห์ เทศบาลตำบลปลาไหล	วันจันทร์ ถึง วันศุกร์ ในเวลา ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. (ยกเว้นวันหยุดที่ราชการกำหนด)

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

ขอบเขตการให้บริการ/ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง : ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562

ตัวอย่างแบบฟอร์ม แบบคำขอลงทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ

ทะเบียนเลขที่..... /.....

แบบคำขอขึ้นทะเบียนรับเงินเบี้ยความพิการ.....

เฉพาะกรณีคนพิการมอบอำนาจหรือผู้ดูแลคนพิการลงทะเบียน : ผู้ยื่นคำขอฯ แทน ตามหนังสือมอบอำนาจเกี่ยวข้องกับคนพิการที่ขอขึ้นทะเบียน โดยเป็น บิดา - มารดา บุตร สามี - ภรรยา พี่ - น้อง ผู้ดูแลคนพิการ อื่นๆ ชื่อ - นามสกุล (ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้ดูแลคนพิการ).....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบ ---- ที่อยู่.....
.....
โทรศัพท์.....

ข้อมูลคนพิการ

เขียนที่

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า เด็กชาย เด็กหญิง นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ).....

ชื่อ..... นามสกุล.....

เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. อายุ.....ปี สัญชาติ.....ไทย..... มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้าน

เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

หมายเลขประจำตัวประชาชนของคนพิการที่ยื่นคำขอ ----

ประเภทความพิการ ความพิการทางการมองเห็น ความพิการทางสติปัญญา

ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเรียนรู้

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย ความพิการทางออทิสติก

ความพิการทางจิตใจหรือทางพฤติกรรม

สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ อื่นๆ (ระบุ).....

บุคคลอ้างอิงที่สามารถติดต่อได้..... โทรศัพท์.....

ข้อมูลทั่วไป : สถานภาพรับสวัสดิการภาครัฐ ยังไม่เคยได้รับเบี้ยยังชีพ เคยได้รับ(ย้ายภูมิลำเนา)เข้ามาอยู่ใหม่
เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ได้รับเงินเบี้ยผู้สูงอายุ ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ อื่นๆ (ระบุ).....

มีอาชีพ (ระบุ)..... รายได้ต่อเดือน (ระบุ).....(บาท)

มีความประสงค์รับการฝึกอาชีพ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

รับเงินสดด้วยตนเอง รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี.....

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยความพิการมีความประสงค์ขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หนังสือมอบอำนาจพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ (ในกรณียื่นคำขอฯ แทน)

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ไม่เป็นบุคคลที่อยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ และข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการหากข้อความและเอกสารที่ยื่นเรื่องนี้เป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ดำเนินการตามกฎหมาย

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน
 (.....) (.....)

หมายเหตุ ให้ขีดฆ่าข้อความที่ไม่ต้องการออก และทำเครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

<p>ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ</p> <p>ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/> แล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน</p>	<p>ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองคํการบริหารส่วนตำบลโขงเจียม คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มีความเห็นดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> สมควรรับขึ้นทะเบียน <input type="checkbox"/> ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)</p>
---	---

คำสั่ง

รับขึ้นทะเบียน ไม่รับขึ้นทะเบียน อื่นๆ.....

(ลงชื่อ).....
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 วัน/เดือน/ปี.....

(ตัดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

ทะเบียนเลขที่..... /.....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยความพิการ ประจำปีงบประมาณ พ .ศ..... โดยจะได้รับเงิน
เบี้ยความพิการ ตั้งแต่เดือน..... พ.ศ..... ในอัตราเดือนละ ๘๐๐ บาท ภายในวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน
กรณีคนพิการย้ายภูมิลำเนาไปอยู่ที่อื่น จะต้องไปลงทะเบียนยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ ณ ที่องค์การปกครองส่วน
ท้องถิ่นแห่งใหม่ภายในเดือนโดยทันที ทั้งนี้เพื่อการรักษาสิทธิให้ต่อเนื่อง

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน
(.....)